UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1955 — N° 139

LA TRIPLE OPÉRATION PÉRINÉALE DANS LA CURE DU PROLAPSUS GÉNITAL

BASES ANATOMIQUES ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 24 octobre 1955

PAR

Max SENTENAC

Interne des Hôpitaux

Ancien Prosecteur à la Faculté

né à Béziers (Hérault), le 19 septembre 1925

Examinateurs de la Thèse	**MAGENDIE**, Professeur	*Président*
	DUFOUR, Professeur	*Juges.*
	RIGAUD, Agrégé	
	DARMAILLACQ, Agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE LESBATS

16, RUE JULES-GUESDE

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547324_0043

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1955 — N° 139

LA TRIPLE OPÉRATION PÉRINÉALE DANS LA CURE DU PROLAPSUS GÉNITAL

BASES ANATOMIQUES ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 24 octobre 1955

PAR

Max SENTENAC

Interne des Hôpitaux

Ancien Prosecteur à la Faculté

né à Béziers (Hérault), le 19 septembre 1925

Examinateurs de la Thèse

- **MAGENDIE**, Professeur — *Président*
- **DUFOUR**, Professeur
- **RIGAUD**, Agrégé
- **DARMAILLACQ**, Agrégé

Juges.

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE

1955

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIÉ, L. CHELLE.
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : N...

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N...
	BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
	MASSE.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anat. path. et microscopie clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et tuberculose	PIECHAUD.
Méd. légale et méd. du travail.	DERVILLEE.
Electorad. et clin. d'élect. méd.	REBOUL.
Chimie	MESNARD.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Médecine expérimentale	SARIC.
Clinique optalmologique	N...
Clin. chir. infantile et orthop.	POUYANNE.
Clin. méd. et des mal. infect.	AUBERTIN.
Chimie biologique et médicale.	TAYEAU
Physique médicale et pharmac.	PIFFAULT.
Méd. col. et Cl. des mal. exot.	BONNIN.
Clin. des mal. cutan. et syph.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urin.	DARGET.
Clin. des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliq.	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	TRAISSAC.
Hydrologie théra. et Climatol.	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique). — PAUTRIZEL (Parasitologie)
Mlle ROUGIER (Physiologie). — M. MOUSTARDIER (Bactériologie).

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

	MM.
Anatomie pathologique	LEGER.
Anatomie	RIGAUD.
	CABANIE.
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.
Physique médicale	DUHAMEL.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
	ROMAIN.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
	QUILICHINI.
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCE AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie).

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY.
	MORETTI.
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT.
	DAVID-CHAUSSE.
	J. RIVIERE.
Chirurgie générale	LAUMONIER.
	CHAVANNAZ.
	VILLAR.
	TINGAUD.
	DEPAULIS.
	DARMAILLACQ.

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE.
	FAUGERE.
Ophtalmologie	JESSIERE.
	CORCELLE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie.	LE COULANT.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Méd. légale et méd. du travail.	L'EPEE.
Electro-radiologie	LACHAPELE.
Odonto-stomatologie	BENOIT.
Urologie	LANGE.
Neurologie et psychiatrie	BLANC.
Pneumo-phtisiologie	FREOUR.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE.
	FAUGERE.
Puériculture	VERGER.
	PERY.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.
Cryptogamie	LAUBIE.
Obstétricie sociale	MAHON.
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN.
Pathologie chirurgicale	VILLAR.
	CHAVANNAZ.
	TINGAUD.
	LAPORTE.
	DARMAILLACQ.

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Physiologie	BENELLI.
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBEAU.
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY.
Médecine légale	L'EPEE.
Séméologie médicale	LAVIGNOLLE.
Séméologie chirurgicale	DEPAULIS.
Embryologie	STOLL.
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN.
	LEVY.
	MORETTI.
	DAVID-CHAUSSE.
	RIVIERE.
	MARTIN-DUPONT.

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

A MON PERE

Ils m'ont donné l'exemple d'un sacrifice et d'un labeur continus. Je leur dédie ce travail en gage d'un amour et d'une reconnaissance impérissables.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES CAMARADES DU LABORATOIRE D'ANATOMIE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE LA FACULTE DE MEDECINE

Externat

Monsieur le Professeur DESPONS

Monsieur le Docteur E. DUBOURG

Monsieur le Professeur FONTAN

Monsieur le Professeur LACHAPELE

Monsieur le Professeur DARGET

Internat

Monsieur le Professeur MAGENDIE

Monsieur le Professeur MASSE

Monsieur le Professeur PAPIN

Monsieur le Professeur CHAVANNAZ

Monsieur le Professeur POUYANNE

Monsieur le Professeur VILLAR

A la mémoire de Monsieur le Professeur F. VILLEMIN

A NOS JUGES

A Monsieur le Docteur DARMAILLACQ

Agrégé de Chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons eu l'avantage de profiter de sa grande expérience chirurgicale.

Qu'il soit remercié ici, non seulement pour tous ses conseils, mais surtout pour la bienveillante attention qu'il nous a toujours accordée.

A Monsieur le Professeur Agrégé RIGAUD

Maître de Conférences Agrégé,
Professeur Agrégé des Ecoles de Médecine Navale,
Chirurgien des Hôpitaux de la Marine,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction Publique.

Les huit années passées au laboratoire nous ont appris à estimer sa haute conscience.

Il nous a toujours apporté le précieux réconfort de sa bienveillance et de sa rayonnante bonté.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur DUFOUR

Professeur d'Anatomie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.

Vous nous avez inculqué le goût et la discipline de l'anatomie, ainsi que le sens de la mesure et de l'équilibre dans la pratique chirurgicale. La confiance dont vous nous avez honoré, représente pour nous le meilleur des encouragements.

Qu'il me soit permis de vous assurer de mon entier dévouement.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. MAGENDIE

Professeur de Clinique gynécologique,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.

Il m'a donné le meilleur de mon éducation chirurgicale. Il m'a gratifié d'une indulgence et d'une confiance que l'on n'accorde d'habitude qu'à un fils.

L'exemple de son désintéressement, de son insatiable volonté de perfection et de sa hauteur morale constituera pour moi le plus précieux des viatiques. Je ne sais les mots pour lui exprimer ma profonde gratitude et mon affectueux respect.

Précédé d'une brève introduction en forme d'historique, ce travail débute par une étude anatomique du pelvis et du périnée de la femme. Les recherches pratiquées dans le laboratoire d'anatomie du professeur Dufour aboutissent à une sorte de justification de la technique de la triple opération périnéale pratiquée à Bordeaux par le professeur J. Magendie.

Nous décrivons ensuite la technique de cette intervention dans la cure du prolapsus génital féminin.

Nous terminons par un aperçu sur ses résultats actuels et ses indications.

LA TRIPLE OPÉRATION PÉRINÉALE DANS LA CURE DU PROLAPSUS GÉNITAL

Bases Anatomiques et Technique opératoire

INTRODUCTION

Deux sortes d'interventions se proposent de traiter les prolapsus génitaux.

Les unes, « *restauratrices* », cherchent à rétablir une anatomie pelvienne sensiblement normale.

Les autres, « *mutilantes* » ou « *partiellement mutilantes* », résolvent le problème par un artifice opératoire. Ainsi l'interposition vésico-vaginale de l'utérus de Watkins-Wertheim, Schauta, « non sens anatomique » qui exclut la grossesse, mais conserve la possibilité des rapports normaux. Ainsi la colpo-hystérectomie vaginale de Rouhier. Ainsi les interventions du type Lefort de Habhardt qui se contentent de fermer le vagin.

Toutes ces opérations contrefaisant la nature ne paraissent justifiées que si une intervention plus logique est impossible ou vouée à l'échec.

***

A la multiplicité des aspects anatomo-pathologiques de cette déficience périnéale avec chute des organes pelviens, on ne peut opposer qu'un ensemble de techniques également multiples et complexes.

La déficience des muscles du périnée, la pauvreté du tissu cellulaire de soutien, l'allongement hypertrophique du col, la situation vicieuse de l'urètre, de l'utérus, du rectum ne se rectifient pas par un geste opératoire simple ou unique.

Plusieurs « complexes » ont ainsi été proposés.

Le plus ancien est le « complexe de Bouilly », comprenant :

— Colporraphie antérieure ;
— Amputation du col ;
— Colpo-périnéorraphie postérieure.

Vingt ans plus tard, à la suite du Congrès de 1923 et des rapports de MM. Bégouin et Savariaud, l'amputation du col était laissée au deuxième plan, tandis que l'hystéropexie abdominale, directe ou indirecte, devenait un temps essentiel de la cure.

Il semble actuellement qu'un retour en arrière se fasse. De nombreux opérateurs, déçus par les résultats de l'hystéropexie de Doleris, ont abandonné la triple opération française pour revenir à l'intervention uniquement par voie basse.

Pourquoi cette évolution ? Parce que si les principes généraux sont sensiblement les mêmes, la technique de l'opération par voie basse s'est, depuis Bouilly, considérablement améliorée et que son efficacité s'est considérablement accrue.

La « *triple opération périnéale* » pratiquée par le Professeur Magendie est la réalisation par voie basse exclusive des trois termes essentiels de la cure du prolapsus génital :

— La remise en place de la vessie ;

— La suppression du col hypertrophié, avec redressement de l'utérus ;

— La reconstitution du plancher périnéo-vaginal.

Il a surtout été essayé de pousser au maximum l'effica-

cité de chacun de ces trois temps en associant à chacun d'eux *une série de procédés accessoires* dont on a pu mesurer les avantages, et *qui complètent la valeur thérapeutique :* cystoplastie associée à la cystopexie hystéropexie par les ligaments utéro-sacrés associés à l'amputation du col, rectoplastie et rectorraphie associée à la périnéorraphie postérieure, etc...

Ainsi comprise, la « triple opération périnéale » n'est pas une intervention nettement définie ni une opération nouvelle, mais une *mosaïque de procédés multiples appartenant à de nombreux chirurgiens.* Son originalité est dans leur combinaison logique autour des trois grandes méthodes opératoires qui semblent avoir le mieux résisté à la critique et à l'épreuve du temps. Elle forme un « complet », un clavier opératoire susceptible d'une grande variété de nuances, et par conséquent adaptable à chaque cas particulier. Grâce à cette souplesse d'adaptation, la triple opération périnéale permet de répondre pratiquement à presque tous les cas, et de résoudre presque tous les problèmes anatomo-pathologiques posés en gynécologie opératoire.

BASES ANATOMIQUES

Nous ne prétendons pas détailler ici toutes les bases anatomiques de la restauration du périnée. Mais nous voulons seulement attirer l'attention sur quelques points précis de la statique périnéale.

L'idée essentielle que nous cherchons à mettre en évidence est la suivante : l'anatomie périnéale est extrêmement variable d'un sujet à l'autre. Et par cela même les dispositions statiques qui en découlent sont différentes, suivant les individus.

De là, une conclusion évidente : la restauration périnéale n'est pas une opération standard, mais elle doit obligatoirement s'adapter à chaque cas particulier. C'est précisément le mérite de la triple opération périnéale, telle que l'a mise au point le Professeur Magendie, d'être modifiable à l'infini dans ses détails pour pouvoir répondre à chaque indication particulière suivant les constatations anatomo-pathologiques faites par le chirurgien.

Les considérations anatomiques qui vont suivre ont été tirées de la dissection de cadavres fixés au formol, et sur des coupes sagittales exactement reproduites en grandeur naturelle avant d'être confrontées.

D'autre part nous avons radiographié des malades debout, après opacification des conduits (vagin, rectum et urètre).

Nous avons considéré les sujets en position debout : cette attitude nous paraissant la seule logique, dans une étude statique. Dans cette attitude, le coccyx est situé à peu près au niveau d'un plan horizontal passant par le bord supérieur du pubis.

Le point anatomique qui nous a le plus frappé est

l'extraordinaire variabilité, dans leur direction générale, du releveur de l'anus et des conduits, rectum, vagin, urètre, qui traversent le périnée.

Il est évident que par cela même les points de soutènement ou de suspension perdent ou gagnent de l'importance selon la direction des conduits qu'ils ont mission de maintenir.

D'où la division de notre exposé :

I. - Variations dans la direction des conduits traversant le périnée.

II. - Variations du releveur de l'anus.

III. - Les moyens de suspension de l'utérus : les utéro-sacrés et le nœuf fibro-musculaire supérieur.

IV. - Le soutènement vésico-uréthral : le nœuf fibro-musculaire antérieur.

I. - Variations dans la direction des conduits traversant le périnée.

1° *La description classique : Type postérieur.*

Elle nous a paru n'être qu'un cas particulier, que nous qualifierons de type postérieur. Elle correspond à ce schéma :

— Le vagin est oblique en arrière et en haut et fait un angle de 45° ou plus avec la verticale ;

— Le canal anal au contraire se dirige en avant, et fait un angle assez ouvert avec le rectum ;

— Les deux conduits limitent un triangle recto-vaginal à base très large ;

— L'urètre est à peu près parallèle au vagin et est lui aussi oblique en haut et en arrière, avec quelques variations minimes selon les sujets.

Aussi proposons-nous de nommer ce type, considéré comme classique, *le type postérieur.* (Fig. 1.)

Dans ce cas, le triangle recto-vaginal est à large base. Sa hauteur est minime. Son angle supérieur est presque droit.

Mais un fait capital est à noter, c'est que *l'ensemble de ces éléments paraît bas situé.* La presque totalité des con-

Fig. 1. — *Type postérieur (classique)*

duits, et une partie des organes, se trouvent au-dessous de la ligne horizonale qui passe par le bord inférieur du pubis.

2° *Type antérieur.*

Au contraire, nous avons rencontré, surtout chez la femme jeune, une direction vaginale en haut et en avant, qui nous a permis d'individualiser un type opposé au précédent que nous appellerons *le type antérieur.* (Fig. 2.)

C'est un type extrême, dans lequel :

— L'*inclinaison du vagin* par rapport à la verticale, est de 30° ou plus vers l'avant ;

— L'urètre est aussi incliné en avant, comme le vagin ;

— Le canal anal, lui, est encore plus incliné en avant, presque horizontal, et forme avec le rectum, un angle très fermé, presque aigu.

Dans ces conditions, le triangle recto-vaginal n'a plus cette forme écrasée ; la base périnéale est moins étalée,

mais surtout sa hauteur atteint facilement le double de sa base. Les deux côtés, vaginal et rectal, forment un angle aigu très fermé. En réalité, ces côtés ne se rejoignent pas car les parties molles sont encore très épaisses en

Fig. 2. — *Type antérieur (extrême)*

arrière du col et ce n'est pas un triangle recto-vaginal mais un véritable quadrilatère qui représente la coupe de cette cloison, épaisse et solide dans toute sa hauteur, avec évidemment une portion basale plus large au niveau du périnée.

La direction générale de cette cloison est oblique en haut et en avant. L'ensemble des organes pelviens se couche en quelque sorte sur un pubis presque horizontal.

Si l'on tire une droite horizontale sous le pubis, on note que l'ensemble des éléments se situe en grande partie au-dessus d'elle.

3° *Type moyen ou vertical.*

En fait, le cas le plus fréquent chez la femme adulte est compris entre ces deux extrêmes et constitue ce que nous appellerons le *type moyen ou vertical.* (Fig. 3.)

— Le vagin, ici, est dirigé presque verticalement vers le bas. Il est à peine incliné de 5 à 10° sur la verticale ;

— L'urètre est toujours parallèle ou à peine un peu plus incliné que lui, en avant ;
— Le canal anal est toujours oblique en avant, mais l'angle qu'il fait avec le rectum est d'environ 90°.

Fig. 3. — *Type vertical ou moyen*

Il en résulte la constitution d'un triangle recto-vaginal à base moyenne, dont la hauteur est intermédiaire entre le type classique et le type opposé que nous venons de décrire. Cette hauteur est plus grande que la base du triangle. Les parties molles, en arrière du col, sont peu épaisses, et les deux côtés, rectal et vaginal du triangle, figurent à peu près un angle de 50 à 60°.

Enfin, *la ligne horizontale passant sous le pubis, coupe en leur milieu l'ensemble des conduits traversant le périnée.*

Variations du plancher pelvien :

Des constatations précédentes, nous concluons :

1° *A des variations de niveau de ce plancher pelvien.* Dans le type classique ou type postérieur, il est relativement très bas situé, tandis que certains planchers soutiennent les organes nettement au-dessus du pubis, comme dans le type antérieur.

2° *A des variations de forme du nœud fibro-musculaire postérieur :* formant dans le type classique postérieur un triangle étalé, à large base périnéale, et à angle supérieur presque droit.

Et dans le type antérieur, formant au contraire un triangle très étiré vers le haut, avec une hauteur nettement plus grande que la base et un angle très aigu au sommet.

3° *A des variations dans la direction de la vulve.*

Dans le type vertical ou moyen, la vulve est à peine oblique en bas et en arrière.

Dans le type antérieur elle est franchement horizontale.

Au contraire, dans le type classique elle se présente franchement oblique en arrière et en bas.

4° *A des variations dans la statique pelvienne, et dans le rôle joué par le nœud fibro-musculaire postérieur.*

Dans le type classique ou type postérieur, le coin inférieur est épais et large, et s'oppose de front à la chute verticale des organes. D'ailleurs ceux-ci paraissent l'emporter sur lui et sont nettement descendus par rapport au pubis.

Dans le type antérieur, au contraire, ce n'est plus un coin triangulaire, mais une cloison épaisse et solide, qui ne se laisse ni affaisser ni étaler. Elle garde toute la hauteur et s'incline en avant, se couchant vers le pubis, obligeant de la même façon tous les organes pelviens à venir prendre un point d'appui solide, sur ce plan osseux presque horizontal.

Cela explique sans doute la hauteur considérable des organes au-dessus du pubis, chez ces femmes.

5° *A des variations suivant l'âge et la déficience des tissus.*

Chez la femme jeune, et ayant un périnée solide, nous avons trouvé soit le type antérieur, que nous avons décrit, soit le type moyen ou vertical.

Au contraire, le type décrit comme classique, type pos-

térieur, nous a paru plus fréquent chez les femmes âgées, et dans les périnées déficients, avec un plancher bas situé, et un triangle recto-vaginal affaissé et étalé.

II. - Le releveur de l'anus. - Son orientation et ses variations.

La partie du muscle qui nous intéresse dans le prolapsus génital est surtout le « faisceau élévateur », faisceau d'origine pubienne, plus profonde que celle du faisceau sphinctérien, descendant au contraire plus bas et plus superficiellement, pour venir se terminer en avant, autour du canal anal. Bridant latéralement le vagin, le faisceau élévateur le soutient en arrière par l'entrecroisement de ses fibres musculaires.

On a insisté sur sa direction quasi verticale, faisant environ un angle de 10° avec le plan frontal. En fait, nous avons rencontré fréquemment des faisceaux moins verticaux, faisant un angle de 45° et plus.

Si, dans le premier cas, la projection de la fente uro-génitale sur un plan horizontal, paraît minime, elle s'agrandit évidemment d'autant plus que le faisceau du releveur est plus incliné.

Nous avons aussi remarqué des variations de longueur sur des sujets aux dimensions pelviennes par ailleurs similaires, sans pouvoir pour cela établir une relation entre la longueur et la direction.

Si l'on essaie de *schématiser les lignes de force qui s'exercent sur le releveur de l'anus*, il faut les diviser en deux groupes :

— La *pesanteur*, qui, chez la femme debout, est l'élément primordial ;

— La *pression abdominale*, qui n'intervient que d'une manière intermittente.

La *pesanteur* peut être schématisée par une série de lignes verticales (fig. 4), se répartissant sur toute la surface du releveur, et passant dans l'hiatus uro-génital.

La force qui se dirige dans l'hiatus sera d'autant plus intense que la projection de la fente sera plus étendue sur un plan horizontal.

La *poussée abdominale*, elle répartit ses forces dans tout le pelvis d'une manière centrifuge. A l'état normal, cette force s'équilibre et se trouve égale partout.

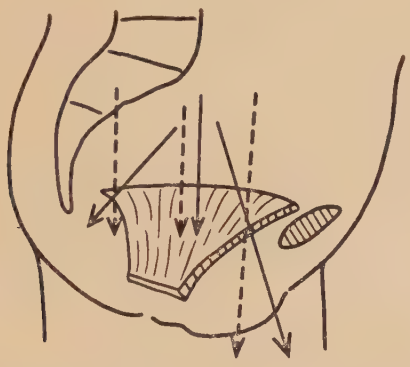

Fig. 4. — *Lignes de forces à travers l'hiatus genitalis*
Lignes de pression abdominale
Lignes de pesanteur

Cette poussée abdominale cependant, en glissant dans l'hiatus vaginalis, va prendre une direction à peu près parallèle à l'axe du conduit, c'est-à-dire qu'elle se dirigera fortement en avant.

Il en résulte donc :

1° Que la statique idéale demande un faisceau élévateur du releveur, vertical et court, fermant au maximum le conduit vaginal.

2° Que dans l'hiatus vaginalis, la résultante des lignes de force sera légèrement dirigée vers l'avant, et cela d'autant plus qu'il sera plus vertical.

Déductions thérapeutiques :

1° Il ne suffira pas de redonner au périnée sa largeur. Trop souvent la cure effectuée par la colpopérinéorraphie

classique donne un rideau peu résistant et rétrécit la vulve d'une façon apparemment satisfaisante. Mais si on fait pousser la malade, on voit bomber la cicatrice et même parfois se soulever le rectum. D'où la nécessité de refaire le périnée en hauteur, jusqu'au col, et non simplement en surface. Duval et Proust l'avaient déjà recommandé. Nos constatations anatomiques montrent qu'il faut faire plus encore, en rétablissant une véritable colonne solide, entre rectum et vagin, qui ne se laisse ni affaisser ni écraser. C'est ce que l'on essaie de réaliser dans la triple opération périnéale *en suturant en deux ou trois étages jusqu'au niveau du col, toute la hauteur périnéale.*

Ce temps est précédé d'une *véritable rectoplastie* qui plicature le rectum sur sa face antérieure et s'oppose à son déroulement en lui redonnant la rigidité sur son axe médian.

2° La myorraphie des releveurs aura non seulement pour but la reconstitution de ce nœud fibro-musculaire postérieur, elle devra réaliser aussi à la fois *le raccourcissement et la « verticalisation » du faisceau élévateur.*

3° L'orientation en avant des forces résultant de la poussée abdominale, dans l'axe de l'hiatus genitalis, ne peut être contre-balancée que de deux façons : soit par la contraction du releveur, qui ferme l'hiatus et relève l'axe de la poussée vers le mur constitué par le pubis, soit *par un centre de résistance antérieur,* plus ou moins solidaire du point fixe pubien, et qui existe, comme nous le verrons tout à l'heure, sous la forme d'un « nœud fibro-musculaire antérieur » (Professeur Magendie).

III. - Les moyens de suspension de l'utérus : Les utéro-sacrés et leurs variations. Le nœud fibro-musculaire supérieur.

Il est admis de tous que ligaments ronds et ligaments larges n'ont, à l'état normal, qu'une bien minime effi-

cience pour soutenir l'utérus. Par contre, les utéro-sacrés auraient une action plus précise. Ces banalités classiques appellent cependant quelques considérations anatomiques plus précises et quelques commentaires.

DIRECTION ET VARIATIONS DES LIGAMENTS UTERO-SACRES

Lorsque l'on tire l'utérus en haut et en avant, il est classique d'énoncer que les deux replis péritonéaux représentant les ligaments utéro-sacrés se portent de l'isthme intérim *en arrière* et en haut pour se perdre sur la face antérieure du sacrum.

En fait, si l'on examine des séries de coupes sagittales du bassin de sujets d'âge moyen, on est frappé par la direction des ligaments utéro-sacrés. En général, sur la femme debout, ces ligaments sont *verticaux* et non obliques.

Cette direction verticale explique en grande partie la situation du vagin pratiquement vertical lui aussi dans sa portion située au-dessus du releveur de l'anus.

Variations

1° *Suivant l'orientation du détroit supérieur.*

Sur la femme debout, le plan représenté par le détroit supérieur forme avec la verticale un angle d'environ 45°. Les ligaments utéro-sacrés sont alors sensiblement verticaux. Ce cas paraît le plus fréquent.

Sur certains sujets cet angle s'amenuise, bien que l'ensemble des ligaments paraisse vertical, son bord antérieur tend à se diriger légèrement en bas et en arrière.

Enfin, dans un autre groupe, cet angle est très court et le bord antérieur tend à se diriger en arrière et en haut. Ce groupe correspond à la description classique.

2° *Suivant la position du fond vaginal.*

Nous pensions à priori établir une relation entre la

longueur de ces ligaments et la position au fond vaginal. Nous n'en avons point trouvé. Les utéro-sacrés peuvent être longs ou courts. A un vagin très oblique en bas et en avant correspond le plus souvent un ligament long et vertical et de faible texture. A un vagin oblique en arrière ou vertical correspond en général un ligament plus court et plus solide. Mais ce n'est pas une règle.

3° *Suivant l'âge.*

Par contre, il semble que les ligaments courts solides soient le privilège de la femme jeune à périnée résistant.

Au contraire, les ligaments longs et par cela même plus obliques, traduisent souvent la déficience de l'âge.

Il n'est pas exact de dire que le seul paramètre postérieur, formé par les ligaments utéro-sacrés, soit un moyen appréciable de soutènement de l'utérus. Les paramètres latéraux, la base du ligament large, par son tissu de remplissage sur lequel C.-L. Rouvillois a insisté dans sa thèse, jouent également leur rôle.

Cet ensemble cellulo-fibreux, qui entoure comme une demi-couronne postérieure, l'isthme utérin, forme une véritable zone d'amarrage à l'endroit même où le corps se trouve sur le col (fig. 4). Les quatre tracteurs qui s'y fixent étant en arrière les deux utéro-sacrés, latéralement les deux bases des ligaments larges.

C'est ce demi-anneau d'amarrage, en arrière de l'isthme, que nous proposons d'individualiser comme un deuxième nœud fibro-musculaire, le « *nœud fibro-musculaire supérieur* » (Professeur Magendie).

Il a, vu en coupe, dans deux plans sagittaux paramédians symétriques, la forme d'un triangle à base supérieure et à pointe inférieure (fig. 5). Il s'oppose par le sommet au triangle recto-vaginal qui figure la coupe du nœud fibro-musculaire inférieur. Ainsi, les deux clés de voute du périnée s'opposent par le sommet et se prêtent un mutuel appui. Elles tendent à donner la solidité

maxima à l'ensemble des parties molles qui ferment le pelvis.

Déductions thérapeutiques :

Ce rôle de tracteur et de soutien du périnée, dévolu aux utéro-sacrés, est mis à profit dans la colpo-hystérectomie de Crossen, dans les périnéorraphies avec suture des paramètres, soit à la façon de Crossen, soit à la façon de Manchester.

Dans la triple opération périnéale il est fait un *temps très important de la reconstitution de ce nœud fibro-musculaire supérieur.*

Au cours du deuxième temps, après l'amputation du col, les utéro-sacrés sont saisis largement, en même temps que le bord postérieur des paramètres latéraux, et solidarisés l'un à l'autre en arrière du col.

Il ne faut pas se contenter de la réfection de ce nœud fibro-musculaire supérieur. Mais le solidariser ensuite à la façon de Dellepiane à la pointe supérieure du nœud fibro-musculaire inférieur, au cours du troisième temps.

Cette technique constitue donc une *véritable hystéropexie.* Le résultat est en effet une fixation haute de l'utérus qui va devenir le véritable tuteur sur lequel prendront point d'appui les autres organes du pelvis, et en particulier la vessie.

C'est également la raison pour laquelle on conserve au maximum cet organe, centre et clé de voûte du pelvis, dont il contribue par sa masse à combler une partie de la cavité. C'est la raison pour laquelle nous préférons à tous les procédés d'hystérectomie, la chirurgie plastique qui s'efforce de redonner au périnée sa morphologie normale et de reconstituer son anatomie.

IV. - Le soutènement vésico-urétral : Le nœud fibro-musculaire antérieur.

Considérons maintenant les éléments de soutien du périnée antérieur.

Lorsque le périnée affecte la disposition classique (type postérieur) avec axe dirigé en arrière, c'est le coin postérieur qui supporte le maximum de pression.

Dans le type antérieur, à vagin incliné vers le pubis, c'est, au contraire, la paroi antérieure qui en supporte la plus grande partie.

Dans le type moyen vertical, paroi postérieure et paroi antérieure se partagent la pression.

Au cours de nos dissections, nous avons été frappés par l'importance de la paroi vaginale antérieure.

CONSTITUTION DU FASCIA URETRO-VAGINAL

Rôle du releveur de l'anus.

L'urètre est séparé du vagin par une cloison fibreuse de 1 à 2 cm. d'épaisseur.

La zone superficielle est extrêmement solide, fibreuse, très difficilement disséquable. Au contraire, la zone profonde plus lâche permet de cliver facilement le vagin au col vésical.

Ce « fascia urétro-vaginal » est constitué classiquement d'un mélange de tissu fibreux et de fibres musculaires. Nous avons analysé attentivement sa structure sur de nombreux sujets.

Nous pouvons le schématiser ainsi :

1° *Tissu fibreux :*

A la partie inférieure et sur la ligne médiale principalement.

2° *Tissu nerveux :*

Les lames utéro-sacrées, après avoir entouré le rectum et les faces latérales du vagin, envoient de très nombreuses fibres sur les parties latérales du nœud périnéal.

3° *Vaisseaux.*

Dans la zone profonde, on trouve de très nombreux

petits vaisseaux, familiers au chirurgien qui pratique une hystérectomie totale.

Alors que le tissu fibreux se dispose sur un plan sagittal, les vaisseaux et les fibres qui les entourent se disposent sur un plan horizontal.

4° *Tissu musculaire.*

Le releveur de l'anus envoie un faisceau musculaire au fascia urétro-vaginal.

Il se détache du corps musculaire au moment où le faisceau interne du releveur contourne l'urètre.

Il se jette en bas et en arrière sur le nœud fibreux périnéal antérieur.

Ce faisceau musculaire a 1 cm. à 1,5 cm. de longueur, 3 mm. de large à sa base. Triangulaire, fibreux sur son bord interne et au niveau de la pointe périnéale, il est musculaire sur ses deux tiers externes.

Il constitue une demi-couronne solide qui entoure en arrière la partie haute de l'urètre. On le dissèque facilement du col de la vessie. Le doigt qui s'insinue entre elle et son bord interne ressent une « arête vive » qui décèle son importance dans la statique périnéale.

L'hiatus vaginal est donc divisé en deux loges :

— Une loge antérieure *urinaire*, très solidement entourée par du tissu musculaire et fibreux ;

— Une loge postérieure vaginale.

Cette cloison qui sépare ainsi les deux loges est extrêmement solide, fibreuse ; elle rend solidaires les mouvements du vagin et de l'urètre. C'est un point d'appui solide pour le périnée antérieur.

A ce troisième point de résistance, placé sur le chemin des forces de pression, qui, nous l'avons vu, se dirigent en partie vers l'avant dans l'axe de l'hiatus genitalis, nous proposons de donner le nom de « *nœud fibro-musculaire antérieur* » (fig. 5).

On peut apprécier son épaisseur, sur la femme normale, en plaçant une sonde rigide dans l'urètre. Au contraire, si l'on fait la même manœuvre chez la femme porteuse

Fig. 5. — *Les trois nœuds fibro-musculaires du périnée : supérieur, postérieur et antérieur*

d'une cystocèle, on est étonné de la minceur de cette paroi sous la muqueuse plissée.

Cette variation est en rapport avec la direction et la forme de l'urètre :

1° Urètre à direction verticale sur la femme debout, horizontale pour la femme couchée : fascia urétro-vaginal assez compact et nœud fibro-musculaire antérieur épais et solide. Cela répond au type antérieur ou au type vertical, à périnée résistant (fig. 2 ou fig. 3).

2° Urètre à direction oblique en haut et en arrière chez la femme debout, répondant au type considéré comme classique (type postérieur), la paroi du vagin tombe en position oblique, chez la malade couchée (fig. 6).

Ici la cloison paraît moins épaisse et moins résistante. L'urètre est plus éloigné du pubis, comme s'il existait un allongement des ligaments pubo-vésicaux, ou peut-être une déficience de soutènement de la cloison urétro-vaginale.

3° Au cours des prolapsus, on assiste à la « verticali-

sation » véritable de l'urètre en position gynécologique. L'urètre se couche de plus en plus en arrière, à mesure que descend le col vésical. Il y a déjà dans ces cas, dilatation du canal urétral. La paroi urétro-vaginale est très amincie et très peu solide, incapable d'un soutènement réel (2e degré - fig. 7).

4° Enfin, si le prolapsus s'accuse, l'urètre est tout à fait vertical, la vessie est déroulée, l'urètre est dilaté en baril-let. A ce moment-là, le fascia urétro-vaginal est réduit

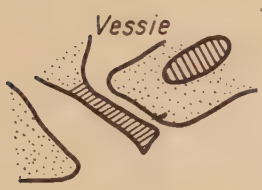

Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

Fig. 6. — *Premier degré : urètre légèrement oblique, paroi urétro-vaginale amincie*
Fig. 7. — *Deuxième degré : urètre demi-dilaté*
Fig. 8. — *Troisième degré : urètre en barillet*

à une mince lame de quelques millimètres d'épaisseur. L'urètre, élargi et raccourci, tend à « s'effacer », comme le col au cours de l'accouchement. Le sphincter est étiré, et l'incontinence apparaît d'abord à l'effort, puis de façon continue (3e degré - fig. 8).

Déductions thérapeutiques :

1° *La réfection de ce point de résistance antérieur est un des objectifs majeurs de la cure chirurgicale du prolapsus.*

Lorsque l'on dissèque les fascia de Halban, dans le temps antérieur de la triple opération périnéale, l'on s'efforce de disséquer le plus bas possible les lames celluleuses qui doublent la muqueuse vaginale postérieure et qui

descendent de chaque côté pour se continuer avec le tissu cellulaire de la face antérieure de l'isthme utérin.

Un coup de ciseaux transversal à la partie inférieure les détache et constitue de chaque côté un lambeau triangulaire assez étoffé qui, suturé à son homologue, va reconstituer le plus bas possible cette cloison urétro-vaginale ou « nœud fibro-musculaire antérieur ».

2° *Le rétablissement de l'urètre dans sa direction optima : verticale sur un sujet debout, horizontale sur une malade en position gynécologique,* est le deuxième objectif de l'opération.

Cette nécessité dont tous les chirurgiens avaient remarqué l'importance, s'explique par les travaux de Jeffcoate et d'Aldridge en particulier.

En effet la normalisation de la direction urétrale a des conséquences importantes qui ont été bien mises en valeur par Jeffcoate et Roberts en 1952. Elle rétablit l'angulation entre vessie et urètre qui est capitale pour assurer la continence des urines. Or, redonner à l'urètre sa direction correcte, revient à relever le col vésical et à fixer la vessie dans sa position haute normale.

Le Professeur Marion réalisait cette vésico-fixation haute par voie abdominale, et il a eu des imitateurs nombreux. A Bordeaux, le Professeur Charrier avait coutume d'associer ce temps abdominal à la colpopérinéorraphie postérieure.

Mais nous avons dit que l'opération de Halban (vésico-fixation par voie basse) avait supplanté, dans la plupart des cas, la laparotomie.

Dans le temps antérieur de la triple opération périnéale, les fascia disséqués sont sélectionnés et fixés par des points non résorbables, le plus haut possible à la face antérieure de l'utérus, afin de redonner sa fixité et son élévation normale au col vésical, et à l'urètre postérieur son angulation efficace par rapport à la vessie.

Mais l'opération de Halban doit également son efficacité contre l'incontinence d'urine, au fait que l'entrecroisement des fascia, unis l'un à l'autre au-dessous de l'urètre postérieur et du col vésical reconstitué, forme une sorte de sangle, « d'écharpe », dont l'action est comparable à celle du lien de fascia lata ou de fil non résorbable, dans la « sling operation » d'Aldridge.

3° *La reconstitution de l'urètre dans son calibre et dans sa longueur est aussi une nécessité,* bien que, pour l'école anglaise de Liverpool, cette manœuvre soit moins essentielle que le rétablissement de l'angulation vésico-urétrale.

A cette dilatation plus ou moins marquée de l'urètre, qui tend à former une sorte d'entonnoir continuant sans démarcation le fond vésical, il faut opposer une plastie reconstructive.

La plus simple et la plus régulièrement efficace est l'opération de Marion : plicature par des points en U non résorbables de l'urètre distendu, qu'on recalibre sur une sonde de Malecot n° 16 à 18. On l'associe régulièrement à l'opération de Halban dans le premier temps de la triple opération périnéale.

L'on s'efforce ainsi de redonner à l'urètre une longueur de 3 cm. au moins en refaisant au mieux par plicatures en un ou deux plans le col vésical de la façon classique.

4° *La suppression du bas-fond vésical et des diverticules sous-urétraux de la vessie.*

Elle exige une dissection très haute du bas-fond vésical, avec parfois mise en évidence des uretères.

Ceux-ci constituent un danger réel qu'il ne faut pas négliger. Ils ont été blessés et comprimés une fois dans les sutures en faisant le refoulement en bourses superposées du diverticule vésical à la façon de Marion. Depuis lors on préfère faire la plicature verticale de la vessie sur la ligne médiane, par points séparés à la façon de Sanger. Il faut avoir bien soin de repérer les uretères, dans la

mesure du possible, lorsque l'on s'écarte de plus de un centimètre de l'axe médian.

5° *L'ouverture du cul de sac utérin n'est pas une nécessité absolue* dans l'opération de Halban — pourvu que la vessie soit bien disséquée, le plus haut possible.

Cependant, si l'utérus tend à se mettre en rétroversion, on l'ouvre de façon systématique pour pouvoir fixer la vessie non plus sur la face antérieure mais bien sur la face postérieure de l'utérus.

On réalise ainsi une *véritable hystéropexie d'orientation*, analogue par son mode d'action à l'opération de Pestalozza, très en honneur encore auprès de certains de nos collègues.

TECHNIQUE DE LA TRIPLE OPERATION PERINEALE

Elle réunit en trois temps successifs un ensemble opératoire que l'on peut réaliser au cours de la même intervention, et qui visent chacun la correction d'un des éléments essentiels du prolapsus :

— *La cystocèle ;*

— *La descente de l'utérus avec modification du col ;*

— *La rectocèle.*

Chaque temps opératoire aura pour but de *renforcer ou de reconstituer les trois points de résistance dont le défaut est à l'origine des lésions :* les trois nœuds fibro-musculaires antérieur, supérieur et postérieur, sur lesquels nous avons insisté.

Ces trois temps sont, à notre avis, toujours nécessaires, car le développement normal du prolapsus est conditionné par la défaite successive de ces trois points de résistance.

Mais suivant les malades, tel ou tel de ces points sera plus affaibli et plus affecté que les autres, et on fera porter alors sur lui au maximum l'action curatrice, en ébauchant seulement le traitement des autres.

Pour donner leur plein rendement à chacun de ces temps opératoires capitaux, les chirurgiens ont ajouté à la technique principale, *une série de manœuvres ou de procédé accessoires,* dont l'expérience a consacré la valeur, et qui peuvent s'intégrer logiquement dans la technique d'ensemble.

Dans les cas avancés, tous mériteront d'être utilisés pour renforcer l'efficacité des trois temps principaux. Dans les prolapsus partiels ou plus atténués, certains d'entre eux pourront être omis ou seulement ébauchés. C'est au chi-

rurgien à faire d'abord œuvre de clinicien et à jauger l'importance ou le degré de tel ou tel symptôme, pour lui apporter la correction nécessaire et suffisante.

Les trois temps qui nous paraissent constituer la base du traitement logique du prolapsus sont tous effectués par la voie basse. Ce sont :

— *Un temps antérieur : colpopérinéorraphie antérieure;*

— *Un temps moyen : amputation du col avec hystéropexie par les utéro-sacrés ;*

— *Un temps postérieur : colpopérinéorraphie postérieure.*

Les procédés associés doivent être étudiés pour chacun des temps successifs. Voici le bref exposé schématique de ces diverses manœuvres :

I. — *Temps antérieur :*

Il serait logique de l'appeler :

COLPO-PÉRINÉORRAPHIE ANTÉRIEURE APRÈS CYSTOPLASTIE ET CYSTOPEXIE.

C'est essentiellement une *opération de Halban, associée à la réfection du col vésical et de l'urètre, par le procédé de Marion, et à la suppression du diverticule sous-urétral, selon Sänger.*

Cette association est classique et est utilisée par de nombreux chirurgiens avec quelques variantes. Nous l'avons vu employée à Lyon par M. COTTE avec la seule modification de la plicature en bourses successives de la vessie, à la façon de MARION.

Voici les temps successifs de l'opération :

— Incision verticale de la muqueuse vaginale, soit au bistouri soit aux ciseaux mousses, à la façon de Crossen.

— Dissection très étendue de la vessie, au ras du muscle, pour laisser le fascia de HALBAN sous la muqueuse, et très haut, en liant de chaque côté les pédicules vasculaires venant des artères cervico-vaginales.

— Fixation du bas-fond vésical sur la ligne médiane, très haut, sur la face antérieure de l'utérus, avec des points non résorbables.

— Réfection soigneuse à points séparés non résorbables, de l'urètre et du col vésical.

— Plicature verticale de la vessie et de son diverticule sous-urétral, également à points séparés non résorbables. Le point inférieur de cette plicature vient s'amarrer sur la face antérieure de l'utérus, pour constituer un deuxième point d'appui vésical.

Dissection à la face profonde des lambeaux vaginaux des deux fascia de Halban, qui se continuent en bas avec le tissu cellulaire péri-cervical. Un coup de ciseaux perpendiculaire à leur direction, les sectionne à ce niveau et les transforme en un lambeau triangulaire de chaque côté. Ceux-ci seront croisés sous le col vésical, comme une sangle, et suturés l'un à l'autre, puis amarrés par des points non résorbables à la face antérieure de l'utérus, constituant un troisième point de fixation pour la vessie.

— Résection de l'exédent de muqueuse vaginale antérieure, et suture bord à bord au catgut chromé n° 00, sur la ligne médiane.

II. — *Temps moyen :*

Amputation du col et hystéropexie par les ligaments utéro-sacrés.

L'amputation du col est différente chez la femme âgée et chez la femme en période d'activité génitale.

Chez la femme âgée, c'est *l'amputation à section plane,* préconisée par Bouilly ; assez haute lorsqu'il y a allongement hypertrophique, mais de hauteur non excessive cependant.

Chez la jeune femme, le problème est différent. Les lésions du col sont surtout d'exo-cervicité, avec élargissement du col « en bouchon de champagne » plutôt que d'allongement de la portion sous-isthmique. D'autre part

il faut garder au maximum les fibres musculaires du col en vue d'une grossesse ultérieure.

Aussi se borne-t-on à pratiquer *la « cone operation » de Sturmdorf*, qui supprime le volume de la tête de bélier susceptible de forcer le passage vaginal, et qui enlève en totalité la muqueuse malade.

C'est alors que dans les prolapsus marqués il faut pratiquer le temps capital de *l'hytéropexie des utéréo-sacrés.*

Pour cela, il n'est pas indispensable d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Si l'on dissèque le lambeau postérieur de la muqueuse vaginale qui tapisse le Douglas, on voit se tendre nettement les deux utéro-sacrés lorsqu'on tire sur le col. On les saisit alors largement de chaque côté à travers le péritoine, en les transfixant avec une aiguille de Reverdin, demi-courbe, et on les solidarise par deux ou trois points de catgut chromé n° 2. Si on les voit pas nettement, ou si le cul-de-sac descend très bas, on ouvre et on saisit les utéro-sacrés sous le contrôle de la vue. L'ouverture est ensuite fermée en bourse par le dernier point de catgut fixant les utéro-sacrés.

Le *recouvrement du col* avec les deux lambeaux antérieur et postérieur de muqueuse vaginale, s'effectue de façon classique et facile par deux points de Sturmdorf. On complète l'affrontement de la muqueuse de chaque côté par un ou deux points commissuraux.

III. — *Temps postérieur :*

COLPO-PÉRINÉORRAPHIE POSTÉRIEURE AVEC RECTO-PEXIE ET RECTO-PLASTIE.

La *résection de l'excédent de muqueuse postérieure* doit être effectuée à la demande, d'après l'importance de la distension vaginale, et non suivant le triangle à base périnéale classiquement réalisé.

Chez la femme jeune, la résection de la muqueuse au niveau de la fourchette sera très nettement limitée. Par contre, lorsque le vagin est large et renflé à sa partie

moyenne, on sera amené à tailler un lambeau en forme d'ellipse ou de losange.

L'artifice utilisé dans le service du Professeur Held consiste à faufiler à l'avance par quelques points de catgut le futur vagin pour lui donner une forme régulièrement cylindrique, avant de réséquer l'étoffe en excédent. Avec l'habitude on peut cependant s'en passer et marquer directement au bistouri sur une paroi vaginale bien tendue, l'aide tirant le col vers le haut, le tracé de la future résection.

La disection du lambeau muqueux postérieur à réséquer, ouvre largement l'accès sur le rectum et sur les releveurs rétractés. Il suffira alors, tandis qu'on abaisse d'un doigt la fourchette vulvaire, de *charger en bloc avec une aiguille de Reverdin longue et courbe les releveurs non dénudés, avec l'ensemble des parties molles qui les entourent,* dans une première anse de catgut chromé résistant.

Une deuxième anse est passée de la même façon, un peu plus profondément, chargeant la partie haute des releveurs, et ressortant de chaque côté, un peu au-dessous et au ras de la muqueuse.

Un troisième fil est enfin passé plus profondément tandis que l'aide tire sur le col. Ce catgut va charger toute la partie haute des releveurs et les parties molles susjacentes, et il chargera en même temps à la partie toute supérieure, à la façon de Dellepiane, le bloc formé par l'accolement des deux ligaments utéro-sacrés. C'est la *solidarisation des deux nœuds fibro-musculaires supérieurs et postérieur.*

Diversement repérées, ces trois anses de catgut seront liées de la profondeur vers la surface, au moment voulu, au cours de la rectoplastie et de la suture de la muqueuse postérieure réséquée.

A ce moment, il est prudent de faire un toucher rectal pour s'assurer qu'aucun de ces points n'est perforant.

La *rectoplastie* est un temps complémenaire nécessaire, lorsque le rectum bombe et est distendu (Bell). Une série de points séparés au fil de lin charge avec une fine aiguille les fascia celluleux qui doublent à ce niveau la mince paroi rectale aux veines souvent saillantes. Ils sont noués sur la ligne médiane, successivement, à mesure que se poursuit avec un temps de retard, la suture à point séparés au catgut chromé de la muqueuse vaginale postérieure réséquée.

Le dernier point au niveau de la fourchette, point commissural, est fait aux crins de Florence.

On place également deux ou trois crins doubles qui chargent en même temps que les téguments, les parties molles superficielles du périnée, et vont reconstituer le constricteur de la vulve. Comme classiquement, ces fils seront gardés longs et noués ensemble.

Soins pré et post-opératoires :

Ils n'ont rien de spécial :

Les malades sont purgés la veille de l'opération, mais non constipés ensuite. Une purgation est donnée le quatrième jour, et à partir de ce moment, des laxatifs pris régulièrement pour obtenir toujours des selles molles.

La sonde de Malécot, mise au début de l'opération, est laissée à demeure dix à douze jours. Si l'on essaye de la retirer plus tôt, il est fréquent alors d'être obligé de la remettre, à cause d'une rétention, due sans doute à la parésie passagère de la vessie, largement disséquée et remaniée par l'opération.

Ablation du bouquet de crins totaux, le septième ou huitième jour, comme classiquement.

Lever soit le cinquième jour, après la purgation, s'il y a intérêt à activer la circulation, sinon après l'ablation des fils, le huitième ou neuvième jour.

RESULTATS

Mortalité

La mortalité sur soixante opérations est de 1,66 p. 100. Une malade a été perdue par suite d'une sténose urétérale bi-latérale.

Morbidité

Dans tous les autres cas, les suites ont été régulièrement banales et sans incident.

La suture en deux plans à points séparés n'a nullement entravé ni même retardé la guérison, sans suppuration.

La durée de la cicatrisation est en moyenne de quinze jours.

Dans 5 à 6 p. 100 des cas une petite désunion d'un point au niveau de la fourchette, avec petit sphacèle localisé. Elle paraissait provoquée par l'ischémie des tissus provoquée à ce niveau par l'entrecroisement de fils multiples. Les sutures profondes au catgut du constricteur de la vulve ont été supprimées, on se contente des crins doubles totaux. Il semble que cette précaution ait été efficace.

Il n'y a jamais eu de phlébite, ni de suppuration profonde, ni de fistule. Ces complications sont souvent la rançon de points perforants méconnus.

Résultats fonctionnels

Toutes les malades ont été revues deux mois environ après l'opération. Chez toutes sans exception nous avons constaté la disparition immédiate de la *sensation de chute des organes et d'insécurité pelvienne. Les maux de reins* ont disparu d'emblée dans la plupart des cas, mais il

existe un lot de malades qui ont continué de se plaindre de lombalgies (femmes âgées, rhumatisantes, ou femmes jeunes ayant eu depuis longtemps des troubles fonctionnels de métro-annexite).

L'incontinence des urines à l'effort a été guérie dans une proportion très importante, mais non dans la totalité des cas. Quelques malades en effet ont encore après plusieurs années « une vessie faible » suivant leur expression, et ne peuvent se retenir longtemps ou faire des efforts violents avec une vessie pleine.

D'autre part, nous avons revu à longue échéance des malades âgées qui avaient encore à l'effort quelques gouttes d'urine sortant de l'urètre, mais qui n'en avaient pas conscience et affirmaient ne pas se mouiller d'habitude et se déclaraient enchantées du résultat obtenu.

Chez les femmes jeunes, en période d'activité génitale, *les rapports sexuels* ont été possibles et nous n'avons eu aucune doléance des couples à ce sujet. Le vagin reconstitué était souple, cylindrique ; la région cicatricielle de la fourchette souple est non douloureuse.

Résultats anatomiques

A l'examen de *la vulve*, pour la dizaine de malades que nous avons revues plusieurs années après l'opération, nous avons trouvé un excellent résultat anatomique.

La vulve est occluse au repos. Elle s'entrebâille à peine à l'effort.

Le périnée postérieur est long : 3 à 4 cm. 5 chez les femmes jeunes ; 4 à 5 centimètres chez les femmes âgées.

L'épaisseur du nœud fibro-musculaire postérieur est en moyenne de 3 centimètres au moins.

L'utérus paraît solidement fixé dans le pelvis. L'effort fait descendre le col de 2 centimètres vers la vulve, dont il reste distant de 5 à 6 centimètres en moyenne, chez la femme âgée, en même temps que les parois vaginales se déroulent parfois très légèrement à l'effort.

Chez les femmes plus jeunes, l'utérus descend moins (1 centimètre en moyenne), et la vessie a encore parfois tendance à redevenir oblique à l'effort.

Le col est perçu au toucher, mieux qu'il n'est vu au spéculum. La muqueuse vaginale qui le tapisse est plissée et irrégulière et on reconnaît d'autant moins ce col, qu'il ne fait plus saillie dans le vagin. *L'orifice cervical* mesure plusieurs millimètres. Il est irrégulier, et présente une muqueuse cylindrique rouge, tendant parfois à faire un peu saillie.

Dans les amputations limitées, chez les femmes jeunes, malgré cet aspect peu esthétique du col, le fonctionnement paraît normal, avec une glaire cervicale appréciable.

Une malade est tombée enceinte après triple opération périnéale. Il s'agissait d'une femme de 33 ans. Malheureusement, elle n'a pu mener sa grossesse à terme du fait d'hémorragies très abondantes occasionnées par un placenta prævia. On a dû faire une césarienne à moins de 7 mois, dans le service d'obstétrique, dans de mauvaises conditions, et l'enfant est mort.

Il est intéressant cependant de noter les impressions qu'ont eues les accoucheurs en examinant cette femme. Le col paraissait plutôt dur et on pensait qu'il eût été sans doute peu dilatable. Le vagin admettait largement deux doigts, mais son fond paraissait rétréci, au lieu de présenter des culs-de-sac latéraux largement dilatés, comme normalement au cours des grossesses avancées.

Le segment inférieur de l'utérus paraissait mal formé et on avait l'impression que l'utérus restait fixé assez haut et que la présentation n'appuyait pas vers le bas et n'était pas aussi perceptible que normalement.

Toutes ces constatations ont été faites pour une seule malade, mais ne laissent pas d'être inquiétantes.

Elles méritent d'être retenues, pour condamner comme nous l'avons fait plus haut l'amputation du col relativement haute en section plane chez la femme susceptible

d'être enceinte ultérieurement (c'est en effet une amputation de ce type qui avait été effectuée chez la malade dont nous venons de relater l'observation).

Nous n'avons pas d'observation de femme ayant accouché par les voies naturelles, après avoir subi la triple opération périnéale, mais il faut prévoir que la dystocie ne serait pas simplement au niveau du col mais aussi dans les parties molles du vagin et du périnée.

Si l'on veut faire « suffisant » au point de vue anatomique, même sans être amenés à « faire trop », comme le préconisait Bouilly, il faut être prêts à accepter l'hypothèse d'une césarienne, en cas de grossesse ultérieure.

Cette éventualité doit être prise en considération et pesée lorsqu'on discute des indications de l'opération chirurgicale, chez une femme en période d'activité génitale.

INDICATIONS GENERALES DE LA TRIPLE OPERATION PERINEALE

Nous avons dit plus haut notre partialité et notre prédilection en faveur de cette association thérapeutique.

Pour préciser, disons qu'actuellement nous ne voyons de difficultés et de restrictions à son emploi que dans deux conditions :

1° *Chez une femme en période d'activité génitale.*

C'est là le problème majeur et qui est loin d'être résolu.

Encore une fois si on opère de façon efficace, il faut être prêts à la césarienne en cas de grossesse. C'est donc seulement dans les cas sérieux de prolapsus, avec gros troubles fonctionnels, qu'il faudra se décider à opérer.

Pour les troubles légers, les cystocèles isolées, les dyspareunies, on se contentera d'un temps vésical, aussi poussé que l'on voudra, et d'une périnéorraphie postérieure prudente et discrète, sans hystéropexie des utéro-sacrés.

2° *Chez des femmes très âgées, et dont l'utérus peut être suspecté.*

On peut alors mettre en balance les avantages de l'opération de Roubier ou de l'hystérectomie suivie de cloisonnement vaginal en un ou deux temps.

En somme, en dehors des cas où l'hystérectomie s'impose par des considérations particulières, c'est encore à la réfection anatomique et aussi physiologique que possible du périnée que nous donnons la préférence.

Il nous semble que la triple opération périnéale constitue la meilleure façon de réaliser cet idéal.

CONCLUSIONS

I. — L'orientation des conduits traversant le périnée est variable selon les sujets : classiquement obliques en arrière, ils peuvent être verticaux, voire même obliques en avant.

II. — Il en résulte que si le point périnéal postérieur reste primordial, la cloison urétro-vésicale constitue un nœud périnéal antérieur important (nœud fibro-musculaire antérieur de MAGENDIE et SENTENAC).

III. — L'élément de suspension principal de l'utérus est constitué par les ligaments utéro-sacrés, verticaux chez la femme debout. Avec le tissu cellulaire paramétrial de l'isthme, ils constituent à leur point d'insertion sur l'utérus, ce que nous nous proposons d'appeler le « nœud fibro-musculaire supérieur » (MAGENDIE et SENTENAC).

IV. — La cloison urétro-vésicale est formée en partie par un faisceau musculaire provenant du releveur de l'anus.

V. — La triple opération périnéale, mise au point par le professeur MAGENDIE, est la reconstitution de tous ces éléments statiques, associée à l'amputation du col.

Temps antérieur : Colpopérinéorraphie antérieure et cystopexie (opération de HALBAN, associée à la réfection du col vésical et de l'urètre et à la supression du diverticule sous urétral).

Temps moyen : Amputation du col et hystéropexie par les ligaments utéro-sacrés.

Temps postérieur : Colpo-périnéorraphie postérieure avec rectopexie et rectoplastie.

VI. — En nuançant un ou plusieurs temps opératoires, cette intervention permet de s'adapter à chaque cas particulier. De là, l'étendue de ses indications.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu ;

Le Doyen :

R. SIGALAS.

Vu :

Le Président du Jury :

J. MAGENDIE.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 22 octobre 1955,

Le Recteur,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

BEGOUIN. — Rapport au Congrès de Chirurgie 1923.

BERNHEIM. — L'opération de Schroeder. Son influence sur la conception, la grossesse, l'accouchement. Thèse, Paris, 1899.

BOUILLY. — Rapport au Congrès de Chirurgie 1896.

BRAUN. — Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, Vienne, 1881.

CHAPUT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 31 janvier 1894.

COIRRE. — L'opération de Bouilly. Thèse, Paris, 1921.

DOUAY. — *Gynécologie-Obstétrique*, 1921. Tome IV, n° 2. Métrites du col.

— *Gynécologie-Obstétrique*, 1922. Tome V, n° 5. L'évidement conique du col avec double point en U.

DUCASSE. — Thèse, Paris, 1889.

GÉRAUD. — Thèse, Paris, 1912.

GUÉNARD. — De la cure des prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly. Thèse, Paris, 1902-1903.

GUIBOUT. — Conséquences obstétricales possibles de l'amputation sus-vaginale du col. Thèse, Paris, 1900.

HUGUIER. — Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus. Paris, 1860.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU (F.). — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901.

LABRY et VILLAR. — Rapport au 9e Congrès d'Alger, 1935.

LAMAND. — Thèse, Lille, 1895.

LENORMANT et PETIT-DUTAILLIS. — Indications et résultats de l'opération de Bouilly. *La Gynécologie*, avril 1914.

— L'opération de Bouilly. Technique. *Journal de Chirurgie*, avril 1914.

MAGENDIE (J.). — La triple opération périnéale dans le prolapsus génital. *Semaine des Hôpitaux* (Annales de Chirurgie), 29e année, n° 5, 18 mai 1953.

MAGENDIE (J.), BOURSIER (D.), SENTENAC (M.). — Amputation du col et ses associations : la triple opération périnéale. Assises Françaises de Gynécologie, Paris, 19-22 juillet 1954.

MARTIN (A.). — *Centralblatt für gynäkologie,* 1878, p. 466.

MATHEWS. — La galvanocautère et l'opération de Sturndorf dans le traitement de l'endocervicite chronique. *The Journal of the American Medical Association,* n° 22, novembre 1926.

PODOBEDOFF. — Thèse, Paris, 1895.

POZZI. — Des suites de la résection du col au point de vue des grossesses et accouchements ultérieurs. *Traité de gynécologie,* 1905. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale,* 1899, n° 3, p. 387.

RADOULOVITCH. — Thèse, Paris, 1921.

ROCHARD. — *Histoire de la chirurgie françaises au XIX^e siècle.*

SAMMEL. — Sur la valeur de l'amputation du col utérin par la voie vaginale, et son indication dans le prolapsus utérin. *Centralblatt für gynäkologie,* 17 octobre 1925, XLIX, n° 42.

SANGER. — Ubervaginale doppelfixur des uterus. *Centralblatt für gynäkologie,* 1896, p. 250.

SENTENAC (M.). — Variations dans la direction des conduits traversant le périnée. Société anatomo-clinique, juillet 1955.

— Direction et variations des ligaments utéro-sacrés. Société anatomo-clinique, juillet 1955.

— Constitution du fascia urétro-vaginal. Rôle du releveur de l'anus. Société anatomo-clinique, juillet 1955.

SOUROM. — Amputation conoïde du col utérin sur le tracteur à vis. Thèse, Lyon, 1932.

THELANDER. — L'importance des ligaments utéro-sacrés dans le prolapsus utérin. *The Medical Journal of Australia,* 13 mai 1922, an IX, t. I, n° 19.